



**ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ  
ФОРМ ЗАЯВЛЕНИЯ (ПРИНЯТЫ В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК) НА:**

- **ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПОСОБИЕ**
- **ПОМОЩЬ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ (ВМЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОСОБИЯ)**
- **ПРОГРАММУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ**
- **MEDICAID И ПРОГРАММУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ**
- **MEDICAID И ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПОСОБИЕ**
- **УСЛУГИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОМОЩЬ С ПАТРОНАТНЫМ ВОСПИТАНИЕМ**
- **ПОМОЩЬ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ**
- **ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ (ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО)**

Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, в связи с чем для адекватного восприятия настоящих инструкций форма заявления и настоящие инструкции должны быть оформлены для вас альтернативным способом/в альтернативном формате, вы можете запросить такую форму заявления/инструкции в вашем районном отделении службы социальной защиты населения (SSD). Инструкции могут быть представлены в следующих альтернативных форматах:

- Крупным шрифтом
- В специальной форме представления данных (на экране в виде доступного для чтения электронного файла)
- В аудиоформате (аудиоверсия инструкций и вопросов формы заявления)
- Шрифтом Брайля, если вы подтвердите, что содержимое заявления/инструкций в указанных выше форматах не воспринимается вами достаточно эффективно

Формы заявления и инструкции, оформленные крупным шрифтом и представленные в электронном или аудиоформате, доступны для скачивания по адресу [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) или [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). Формы заявления, оформленные шрифтом Брайля и в аудиоформате, также доступны исключительно в информативных целях. Чтобы претендовать на получение социального пособия/помощи, необходимо подать заявление в письменном (безальтернативном) формате.

Если, в виду любого физического или умственного недостатка, нарушения или состояния вы не можете самостоятельно заполнить настоящую форму заявления и/или ожидаете устного собеседования, известите об этом местное отделение службы SSD. Служба SSD примет все необходимые целесообразные меры для того, чтобы удовлетворить ваши потребности.

Если вам необходимо дополнительное содействие либо помощь в заполнении данной формы заявления, обратитесь в службу SSD. Мы примем все меры для того, чтобы оказать вам помощь и поддержать вас в духе профессионализма и уважения.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ

Термин «Государственное пособие» (Public Assistance) или ГП (PA), используемый в настоящей форме, обозначает «Семейную помощь» (Family Assistance) и «Социальную помощь» (Safety Net Assistance). Обе программы обозначены одним термином — «Государственное пособие» (Public Assistance). ГП (PA) и прочие программы, на участие в которых вы можете подать заявку с помощью данной формы заявления, призваны обеспечить временную помощь всем, кто в ней нуждается. Некоторые программы имеют сроки, в течение которых вы можете получать соответствующую помощь, поэтому необходимо, чтобы вы приняли меры по обеспечению собственной финансовой независимости как можно скорее. Служба SSD окажет вам помощь на пути к достижению собственной финансовой независимости. Для этого нам необходимо знать, кем вы являетесь, и в чем вы нуждаетесь. Именно поэтому вам необходимо заполнить форму заявления.

В рамках процесса подачи заявления служба SSD запросит у вас достоверную информацию о вас самих, а также о лицах, от имени которых вы подаете заявление. В списке требований к документации, который приведен в конце раздела с инструкциями, указана информация, которую вам необходимо сообщить, а также документы, необходимые для подтверждения ее достоверности. К примеру, для того, чтобы удостоверить свою личность, вы должны предоставить идентифицирующий вас документ с фотографией, водительское удостоверение, паспорт гражданина Соединенных Штатов, сертификат о натурализации, документы из медицинского учреждения или от врача, а также документы об усыновлении/удочерении. Кроме этого служба SSD проведет с вами собеседование в процессе рассмотрения заявления. Если возможно, служба SSD объединит собеседования по нескольким программам помощи.

Форма заявления и инструкции в настоящем документе пронумерованы в помощь при заполнении. Заполняя форму заявления, помните о следующем:

- **ЗАПОЛНИТЕ РАЗБОРЧИВО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.**
- **НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ГРАФЫ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ.**
- **ОБЯЗАТЕЛЬНО ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ПОЛЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ЛИЦУ(-АМ), ОТ ИМЕНИ КОТОРОГО(-ЫХ) ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ.**
- **В ОТСУТСТВИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ИНСТРУКЦИЙ, ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ УКАЗЫВАЙТЕ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИМЕНА.**
- **ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДРУГОГО ЛИЦА, УКАЗЫВАЙТЕ ИНФОРМАЦИЮ ОБ ЭТОМ ЛИЦЕ, А НЕ О СЕБЕ. УБЕДИТЕСЬ, ЧТО ВЫ И ЛИЦО, КОТОРОЕ ВЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТЕ, ПОСТАВИЛИ ПОДПИСЬ НА ПОСЛЕДНЕЙ СТРАНИЦЕ ЗАЯВЛЕНИЯ.**
- **ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗНАЕТЕ, КАК ЗАПОЛНЯТЬ ЛЮБОЙ РАЗДЕЛ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ, ОБРАТИТЕСЬ В СЛУЖБУ SSD ЗА ПОМОЩЬЮ.**

Убедитесь в том, что помимо LDSS-2921, «Заявление на получение помощи и услуг в штате Нью-Йорк» (New York State Application for Certain Benefits and Services), у вас есть копии следующих информационных изданий, которые можно получить в службе SSD или скачать по адресу [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov):

- **LDSS-4148A: «Книга 1: Что нужно знать о ваших правах и обязанностях» (Book 1: What You Should Know About Your Rights and Responsibilities)**
- **LDSS-4148B: «Книга 2: Что нужно знать о программах социального обслуживания» (Book 2: What You Should Know About Social Services Programs)**
- **Приложение к Книге 1, LDSS-4148A и Книге 2, LDSS-4148B: «Важные изменения в программе медицинского обслуживания» (Important Changes in the Medicaid Program)**
- **LDSS-4148C: «Книга 3: Информация на случай чрезвычайной ситуации» (Book 3: What You Should Know if You Have an Emergency)**

## ТИТУЛЬНАЯ СТРАНИЦА ЗАЯВЛЕНИЯ

Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, вы можете выбрать альтернативный формат для получения уведомлений в отношении социальных программ, на участие в которых вы претендуете/в которых вы регистрируетесь. В качестве альтернативных способов/форматов представления информации доступны крупный шрифт, данные в электронном формате на компакт-диске, данные в аудиоформате на компакт-диске или шрифт Брайля, если вы подтвердите, что указанные выше форматы не воспринимаются вами достаточно эффективно.

**ЕСЛИ У ВАС ОТСУТСТВУЕТ ИЛИ СЕРЬЕЗНО НАРУШЕНО ЗРЕНИЕ, ХОТЕЛИ БЫ ВЫ ПОЛУЧАТЬ РАССЫЛКИ И УВЕДОМЛЕНИЯ В АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ФОРМАТАХ?** Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы заявить о своем желании/нежелании получать рассылки и уведомления в отношении социальных программ в альтернативных форматах.

**ЕСЛИ ВЫ ОТМЕТИЛИ «ДА», ОТМЕТЬТЕ СПОСОБ/ФОРМАТ, В КОТОРОМ ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ МАТЕРИАЛЫ:** Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, и вы хотите получать рассылки и уведомления в отношении социальных программ, на участие в которых вы претендуете/в которых вы регистрируетесь, оформленные альтернативным способом или в альтернативных форматах, отметьте (✓) предпочитаемый способ представления информации или формат: крупный шрифт, данные в электронном формате на компакт-диске, данные в аудиоформате на компакт-диске или шрифт Брайля. Шрифт Брайля доступен в качестве альтернативного формата/способа представления содержимого доступен в том случае, если вы подтвердите, что указанные выше форматы не воспринимаются вами достаточно эффективно.

Если вам необходимо дополнительное содействие либо помощь в заполнении данной формы заявления, обратитесь в службу SSD.

## СТРАНИЦА 1 ЗАЯВЛЕНИЯ

### **РАЗДЕЛ 1: ОТМЕТЬТЕ КАЖДУЮ ПРОГРАММУ, НА УЧАСТИЕ В КОТОРОЙ ПРЕТЕНДУЕТЕ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЙ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ**

Отметьте (✓) флажком каждую программу, на участие в которой претендуете вы или любой член вашей семьи.

В термин «Medicaid» входят программы Medicaid, программа для работающего населения с наличием инвалидности Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, а также страховая программа семейного планирования Family Planning Benefit. Аббревиатура «МА», присутствующая на заявлении, обозначает программу «Medicaid», которая ранее имела название Medical Assistance (Медицинская помощь). Вы можете подать заявление на участие в программе МА, заполнив настоящую форму, только в том случае, если вы также подаете заявление на участие в программе «Государственное пособие» (Public Assistance, PA) или в Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Чтобы подать заявление на участие в программах Medicaid и SNAP, поставьте флажок в поле (✓) “Medicaid (MA) and SNAP” («Medicaid (MA) и SNAP»). Чтобы подать заявление на участие в программах Medicaid и PA, поставьте флажок в поле (✓) “Medicaid (MA) and PA” («Medicaid (MA) и PA»).

Если вы хотите подать заявку на участие в программе МА, перейдите на веб-сайт в интернете по адресу <https://nystateofhealth.ny.gov/> и/или позвоните 1-855-355-5777, чтобы получить дополнительную информацию или подать заявку; вы также можете воспользоваться бумажной формой заявления только для программы МА – Form DOH-4220, которую можно запросить у курирующего вас социального работника, или позвонить на горячую линию программы МА по телефону 1-800-541-2831. Если вы хотите подать заявку только на участие в программе помощи с оплатой взносов в рамках программы Medicare - Medicare Savings Program (MSP), вам необходимо подать форму Form DOH-4328, которую можно запросить у курирующего вас социального работника. Если вам необходимо экстренная помощь с персональным уходом, необходимо подать отдельное заявление на участие в программе МА, используя форму заявления DOH-4220 МА.

Если вы имеете право на Государственное пособие (Public Assistance), однако примете решение о том, что вам необходима только Помощь по уходу за детьми (Child Care Assistance), поставьте флажок в поле (✓) “Child Care in lieu of PA” («Помощь по уходу за детьми (вместо государственного пособия)»). Если вы измените мнение и решите, что вам также необходимо государственное пособие (Public Assistance), вы можете подать заявление на участие в соответствующей программе в любое время.

Если вы отметите флажком поле (✓) “Emergency Assistance Only (EMRG)” («Экстренная помощь (исключительно)»), это означает, что вы претендуете только на единовременную экстренную денежную помощь, и, таким образом, меры по проверке ваших прав на участие в других программах приниматься не будут.

### **РАЗДЕЛ 2:**

**УКАЖИТЕ ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК** Чтобы указать язык, который вы используете чаще всего, отметьте флажком (✓) поля “English” («Английский»), “Spanish” («Испанский») или “Other” (Другой). Если вы отметили (✓) поле “Other” («Другой»), укажите предпочитаемый язык.

**ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ УВЕДОМЛЕНИЯ НА:** Вы будете получать рассылочные материалы и уведомления, относящиеся к программам, на участие в которых вы претендуете/в которых вы регистрируетесь. Установите флажок (✓) в поле "English Only» («Только на английском языке») или "English and Spanish» («На английском и испанском языках»), указывая язык(и), на котором(-ых) вы бы хотели получать такие рассылочные материалы и уведомления.

### **РАЗДЕЛ 3: СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ**

**ИМЯ:** Печатными буквами укажите ваше полное имя — имя, инициал среднего имени и фамилию.

**СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:** Укажите ваше семейное положение — холост/не замужем, женат/замужем, вдовец/вдова, официально проживаете раздельно или в разводе. Если вы были женаты ранее, укажите соответствующее семейное положение, не указывая «холост/не замужем».

**НОМЕР ТЕЛЕФОНА:** Укажите номер телефона, по которому с вами можно быстрее всего связаться. Не забудьте указать междугородный код.

**АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: Улица и номер дома:** Укажите номер дома или строения, название улицы или проспекта, дороги и т.д. по месту вашего проживания.

**Квартира №** Укажите номер квартиры, если вы проживаете в квартире. **Город:** Укажите название города, в котором вы проживаете.

**Округ:** Укажите название округа, в котором вы проживаете. **Штат:** Укажите название штата, в котором вы проживаете. **Почтовый индекс:** Укажите почтовый индекс по месту жительства.

**ИМЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:** Если третье лицо получает почту от вашего имени, укажите имя этого лица.

**ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:** Если вы получаете почту/корреспонденции по адресу, который не совпадает с вашим адресом проживания, укажите улицу и номер дома (номер квартиры, если вы проживаете в квартире) или номер абонентского ящика, город, округ, штат и почтовый индекс места получения корреспонденции.

**КАК ДОЛГО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ ПО УКАЗАННОМУ АДРЕСУ?:** Укажите количество лет и/или месяцев, на протяжении которого вы проживаете по текущему адресу.

**ПРОЖИВАЕТЕ ЛИ ВЫ В ПРИЮТЕ?:** Отметьте (✓) "YES" («ДА») или "NO" («НЕТ»), чтобы указать, является ли место вашего проживания приютом.

**ДРУГОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА, ПО КОТОРОМУ МОЖНО С ВАМИ СВЯЗАТЬСЯ:** Укажите другой номер телефона, по которому можно с вами связаться и, если применимо, имя лица, которому принадлежит этот номер. Не забудьте указать междугородный код.

**КАК ДОБРАТЬСЯ ДО ТЕКУЩЕГО МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ:** Укажите, как найти место вашего проживания. Используйте известные ориентиры.

**ПРЕДЫДУЩИЕ АДРЕСА:** Укажите адреса, по которым вы проживали до переезда в текущее место проживания.

**ЕСЛИ В ДАННЫЙ МОМЕНТ У ВАС НЕТ ДОМА, НАЖМИТЕ СЮДА:** Если вы в настоящее время нигде не проживаете/не имеете адреса, отметьте (✓) это поле.

**ОРГАНИЗАЦИЯ, ОКАЗЫВАЮЩАЯ ЗАЯВИТЕЛЮ ПОМОЩЬ/КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:** Если вы получаете помощь в рамках подачи заявления, укажите имя лица, которое вам помогает, название организации, к которой это лицо относится, если применимо, а также номер телефона этого лица.

**ХОТИТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ, ИЗЛОЖЕННОЙ В РАЗДЕЛЕ MEDICAID ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, А ТАКЖЕ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ВОЗМОЖНОМ ПОЛЬЗОВАНИИ СТРАХОВЫМ ПОКРЫТИЕМ MEDICAID, СОБЛЮДАЛАСЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ?:** Отметьте (✓) "YES" («ДА») или "NO" («НЕТ»), чтобы указать в заявлении, и/или сообщите курирующему вас социальному работнику, хотели бы вы, чтобы информация раздела заявления и/или содержащаяся в корреспонденции, которые относятся к использованию вами покрытия Medicaid, оставалась конфиденциальной.

## **РАЗДЕЛ 4: ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВКУ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SNAP)**

Прочтите декларацию в Разделе 4 заявления и поставьте подпись и дату под декларацией, если она относится к вам или к любому лицу, от имени которого вы подаете настоящее заявление. По любым вопросам, связанным с этим разделом, свяжитесь со службой SSD.

## **РАЗДЕЛ 5: ОТНОСЯТСЯ ЛИ К ВАМ СЛЕДУЮЩИЕ УСЛОВИЯ?**

Отметьте (✓) каждую ситуацию, которая относится к вам или к любому лицу, от имени которого вы подаете настоящее заявление

## **СТРАНИЦА 2 ЗАЯВЛЕНИЯ**

### **РАЗДЕЛ 6: ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ**

**ИМЯ:** Укажите имена, инициалы среднего имени и фамилии всех лиц, которые проживают с вами, даже если они не претендуют на участие в социальных программах. Укажите себя первым(-ой).

**ЭТО ЛИЦО ПРЕТЕНДУЕТ НА УЧАСТИЕ В СЛЕДУЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ:** Отметьте (✓) типы помощи, на получение которой претендует каждое лицо: PA означает Public Assistance (Государственное пособие), SNAP означает Supplemental Nutrition Assistance Program (Программа дополнительного питания), MA означает Medicaid, CC означает Child Care Assistance (Помощь по уходу за детьми), FC означает Foster Care (Патронатное воспитание), S означает Services (Услуги) (к примеру профилактические услуги/услуги по защите детей/совершеннолетних лиц), EMRG означает Emergency Assistance Only (Экстренная помощь (исключительно)).

**ДАТА РОЖДЕНИЯ:** Укажите дату рождения каждого лица, которое претендует на участие в социальных программах.

**ПОЛ И ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ:** Штат Нью-Йорк гарантирует вам право на доступ к льготам и / или услугам штата независимо от пола, гендерной идентичности или самовыражения. Вам необходимо сообщить ваш пол и пол всех членов семьи — мужской или женский, даже если на вашем свидетельстве о рождении указан пол "X." Пожалуйста, укажите "М" для мужского пола и "Ж" для женского. Эта информация должна совпадать с указанным полом в документах в архиве Администрации социального страхования США (United States Social Security Administration). Пол, о котором вы сообщаете, необходим для обработки вашего заявления. Он не будет отображаться ни на льготной карте, которую вы можете получить, ни на любом другом открытом документе.

Гендерная идентичность — это то, как вы воспринимаете себя и как вы себя называете. Ваша гендерная идентичность может совпадать, а может отличаться от вашего пола при рождении. Указание гендерной идентичности не требуется для данного заявления. Если ваша гендерная идентичность или гендерная идентичность кого-либо в вашей семье отличается от пола, который вы указываете для этого человека, и вы хотели бы указать его/ее гендерную идентичность, выберите «Мужской» (Male), «Женский» (Female), «Небинарный» (Non-Binary), «Неопределившийся» (X), «Трансгендер» (Transgender) или «Иная идентичность» (Different Identity) в указанном месте. Если Вы укажете вариант «Иная идентичность», вы можете далее в выделенном для этого месте описать идентичность этого человека. Предоставление этой информации является добровольным. Ответы на эти вопросы не влияют на право получения пособий либо на размер суммы.

**КЕМ ПРИХОДИТСЯ ВАМ:** Укажите, кем приходится вам каждое лицо (к примеру: супруг(а), сын, приемный ребенок, друг/подруга, сосед(ка) по комнате, квартирант и т.д.).

**НОМЕРА ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ПРЕТЕНДУЮЩИХ НА УЧАСТИЕ В СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ:** Укажите номер по системе социального обеспечения каждого лица, которое претендует на участие в социальных программах, за исключением случаев, если такое лицо:

- Беременная женщина, претендующая на участие только в программе Medicaid;
- Лицо, не являющееся гражданином США, которое претендует на участие только в программе Medicaid, или на страховое покрытие, доступное лицам с медицинскими состояниями, требующими оказания неотложной помощи;
- Совершеннолетнее лицо, претендующее на получение услуг по защите совершеннолетних лиц; или
- Лицо, претендующее только на помощь по уходу за детьми. Если лицо претендует на помощь по уходу за детьми и на получение профилактических услуг или же вместо Государственного пособия, необходимо указать номер по системе социального обеспечения этого лица.

Другие услуги, такие как патронатное воспитание, услуги по защите детей, профилактические услуги для детей и консультирование финансируются из различных источников, многие из которых требуют предоставления номера по системе социального обеспечения. Не смотря на то, что претендентам на получение некоторых услуг не требуется предоставление номера по системе социального страхования, указанные услуги могут не предоставляться лицам, которые не предоставят свой номер

по системе социального обеспечения. В это связи мы просим всех наших заявителей, претендующих на получение таких услуг, предоставить свои номера по системе социального обеспечения с тем, чтобы они могли получать все виды страхового обслуживания и льготы, на которые они претендуют.

**ВЫСШИЙ УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ:** Укажите самый высокий уровень образования (с 1 по 12), достигнутый каждым лицом, претендующим на участие в социальных программах. Если продолжительность учебы более 12 лет, укажите 13. Если формальное школьное образование отсутствует, укажите 0. Если вы претендуете только на получение услуг, вам не нужно отвечать на этот вопрос.

**ПОКУПАЕТ ЛИ ЭТО ЛИЦО (В ТОМ ЧИСЛЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ДЕТИ) ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ И ГОТОВИТ ЛИ ОНО ПИЩУ ВМЕСТЕ С ВАМИ?:** Необходимо отметить (✓) “YES” («Да») или “NO” («Нет») для каждого лица, которое проживает с вами, вне зависимости от того, претендует ли оно на участие в социальных программах. Иногда лица, покупающие продукты питания и приготавливающие пищу отдельно от вас, могут претендовать на дополнительные льготы в рамках Программы дополнительного питания (SNAP).

**УКАЖИТЕ ДЕВИЧЬИ ФАМИЛИИ ИЛИ ДРУГИЕ ИМЕНА, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К ВАМ ИЛИ ДРУГИМ ЛИЦАМ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ:** Укажите любые девичьи фамилии, фамилии в предыдущих браках, а также другие имена, используемые любыми лицами, указанными в этом разделе. Укажите имена, инициалы средних имен и фамилии.

## СТРАНИЦА 3 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 7: РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Заполните этот раздел для каждого лица, претендующего на участие в социальных программах. Укажите “Y”, что означает “YES” («Да»), или “N”, что означает “NO” («Нет») в столбце, обозначенном “Н”, чтобы определить испаноамериканское и/или латиноамериканское происхождение лица. Укажите “Y”, что означает “YES” («Да»), или “N”, что означает “NO” («Нет») в каждом столбце, определяющем расовую принадлежность, чтобы обозначить расовую принадлежность каждого лица.

- Н = испаноамериканец(-ка) или латиноамериканец(-ка)
- I = коренной американец или житель Аляски
- А = лицо азиатского происхождения
- В = чернокожий(-ая) или афроамериканец(-ка)
- Р = уроженец(-ка) Гавайских островов или других островов Тихого океана
- W = белый(-ая)
- U = неизвестно

Такая информация предоставляется добровольно. Она не влияет на права лиц, претендующих на участие в социальных программах, или же на уровень получаемых льгот. Информация запрашивается для того, чтобы обеспечить отсутствие дискриминации по расовому признаку, цвету кожи и национальному происхождению в процессе распределения социальных льгот.

## СТРАНИЦА 4 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 8: ГРАЖДАНСТВО / НЕГРАЖДАНИН(-НКА) С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ

Заполните этот раздел для каждого лица, претендующего на участие в любой из следующих социальных программ:

- Помощь по уходу за детьми;
- Патронатное воспитание; или
- Другие услуги

Кроме того, если вы или кто-либо из членов вашей семьи претендует на участие в Программе дополнительного питания (SNAP), вы должны указать всех членов вашей семьи, в том числе тех, которые не претендуют на участие в программе SNAP. Вы также должны указать любых братьев/сестер и родителей, проживающих с детьми, претендующими на Государственное пособие (Public Assistance, PA). Если вы претендуете только на Помощь по уходу за детьми (Child Care Assistance) или на Помощь в рамках патронатного воспитания (Foster Care), укажите в этом разделе только детей, которым необходима помощь или патронатное воспитание. Если вы не заполните этот раздел от имени лица, претендующего на участие в соответствующей социальной программе, это лицо может не получить запрашиваемую помощь.

**ИМЯ:** Укажите свое имя, инициал среднего имени, а также фамилию каждого лица, которое претендует на участие в соответствующей социальной программе, и которое необходимо указать.

**ОТМЕТЬТЕ “CITIZEN/NATIONAL” («ГРАЖДАНИН/ПОДДАННЫЙ») ИЛИ “NON-CITIZEN” («НЕГРАЖДАНИН») ДЛЯ КАЖДОГО ЛИЦА:** Напротив имени каждого лица отметьте (✓) либо поле “CITIZEN/NATIONAL” («ГРАЖДАНИН/ПОДДАННЫЙ»), что означает, что лицо является гражданином США, коренным жителем Америки, или подданным, либо поле “NON-CITIZEN” (НЕГРАЖДАНИН), что означает, что лицо не является гражданином США, коренным жителем Америки или подданным.

**НОМЕР USCIS (РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ИНОСТРАНЦА) ИЛИ НОМЕР НЕГРАЖДАНИНА:** Укажите номер, выданный лицу Службой гражданства и иммиграции США (USCIS), либо номер негражданина, если применимо.

## **РАЗДЕЛ 9: ЗАЯВЛЕНИЕ/ДЕКЛАРАЦИЯ**

Внимательно прочтите декларации в конце настоящего раздела, поставьте дату и подпись под декларацией, подтверждая наличие гражданства или отсутствие гражданства с допустимым иммигрантским статусом у каждого лица, претендующего на участие в любой из указанных ниже социальных программ. (Если вы претендуете только на Помощь по уходу за детьми (Child Care Assistance) или на Помощь в рамках патронатного воспитания (Foster Care), укажите в этом разделе только детей, которым необходима помощь или патронатное воспитание.) Если любое лицо, претендующее на участие в социальных программах, не является гражданином США, коренным жителем Америки или подданным, отметьте (✓) программы, на участие в которых претендует это лицо с допустимым иммигрантский статусом:

- Государственное пособие (PA);
- Программа дополнительного питания (SNAP);
- Medicaid (MA), за исключением случаев, когда претендент - беременная женщина;
- Помощь по уходу за детьми (CC);
- Патронатное воспитание (FC);
- Другие услуги (S); и/или
- Экстренная помощь (EMRG).

«Допустимый статус негражданина» обозначает статус негражданина, который не лишает его права на получение льгот/помощи в рамках данной программы. Помните, что в рамках каждой программы действуют индивидуальные критерии, определяющие «допустимый статус негражданина». В издании LDSS-4148B, «Книга 2: Что нужно знать о программах социального обслуживания» (Book 2: What You Should Know About Social Services Programs) содержится дополнительная информация в отношении допустимого статуса негражданина. Чтобы получить дополнительную информацию, обратитесь в отделение службы SSD.

Любое совершеннолетнее лицо или его официальный представитель могут подписать Заявление/декларацию от имени всех членов семьи, претендующих на участие в социальных программах. К примеру, родитель без гражданства или без допустимого статуса гражданина может подписать заявление/декларацию от имени ребенка с гражданством или допустимым статусом негражданина. Если член семьи, претендующий на участие в социальной программе, не достиг 18-летнего возраста (или же если он достиг или превысил 18-летний возрастной уровень, но не имеет возможности ставить подпись от собственного имени по причине наличия у него определенного медицинского состояния или инвалидности), заявление/декларацию от его имени должен подписать член семьи в возрасте 18 лет или старше. Подписывая заявление/декларацию от имени другого члена семьи, подписывайтесь собственными именем. К примеру, Анна Иванова, подписывающая заявление/декларацию от имени своего несовершеннолетнего ребенка Николая Иванова, должна поставить свою подпись «Анна Иванова».

**Флажок в соответствующем поле и подпись под декларацией означает, что вы подтверждаете, под страхом наказания за предоставление заведомо ложной информации, что вы и/или лицо(а), от имени которых вы ставите подпись, являются гражданами США, коренными жителями Америки, подданными или негражданами с допустимым иммигрантским статусом в контексте условий каждой программы, на участие в которой вы претендуете/они претендуют.** Если вы отметите любое из полей и не предоставите номера Службы иммиграции и натурализации США (USCIS) для любого негражданина, претендующего на участие в социальной программе, это лицо может не получить запрашиваемую помощь.

Вы не должны подписывать декларацию от своего имени или от имени любого лица, если вы или такое лицо не являетесь гражданином США, коренным жителем Америки или подданным или же негражданином с допустимым иммигрантским статусом. Неграждане без допустимого иммигрантского статуса не имеют права на получение помощи в рамках программ PA, SNAP или Medicaid (за исключением программы Medicaid для беременных женщин или лиц, получающих лечение/помощь в связи с экстренным/неотложным медицинским состоянием). Такие лица могут не иметь права на получение определенных услуг.

Мы можем принять меры по подтверждению статуса неграждан для любых или всех членов семьи, претендующих на участие в программах PA, SNAP, Medicaid или на получение услуг, передав предоставленную вами информацию в Службу USCIS.

Информация, полученная из USCIS, может повлиять на право вашей семьи участвовать в социальных программах, а также на уровень льготного обслуживания.

## СТРАНИЦА 5 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 10: ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВЛЕНИИ НА УЧАСТОК ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ДЕТЕЙ (CHILD SUPPORT ENFORCEMENT UNIT)

Вам не нужно заполнять этот раздел, если вы претендуете только на участие в программе Medicaid, вы беременны, родили ребенка в течение последних 60 дней или подаете заявление только от имени детей младше 21 лет, либо если вы подаете заявление только на помощь по уходу за детьми.

1. Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, подаете ли вы заявление от имени любого лица, включая вас, которое младше 21 года, родилось вне брака, и отцовство/материнство которого официальным путем не установлено.
2. Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, подаете ли вы заявление от имени любого лица, включая вас, которое младше 21 года и по меньшей мере один родитель которого проживает вне семьи.

Если вы ответили (✓) “No” («Нет») на оба вопроса, перейдите к Разделу 11. Вам не нужно отвечать на остальные вопросы Раздела 10. Если вы ответили (✓) “Yes” («Да») на любой из указанных вопросов, вы должны ответить на остальные вопросы Раздела 10.

3. Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, достигли ли вы 21-летнего возраста.

Внимательно прочтите заявление/декларацию, которая следует за Вопросом 3 и свяжитесь с местным отделением службы SSD, если вы не поняли ее содержания.

**ИМЯ ЛИЦА МЛАДШЕ 21 ГОДА:** Укажите имя, среднее имя и фамилию каждого лица, в отношении которого вы отметили “Yes” («Да»), отвечая на вопросы 1, 2 и/или 3.

**ИМЯ И АДРЕС, ДАТА РОЖДЕНИЯ И НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО ОТДЕЛЬНО ОТ РЕБЕНКА ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО РОДИТЕЛЯ:**

Если известно, укажите имя, среднее имя и фамилию, а также адрес, дату рождения и номер по системе социального обеспечения родителя, проживающего отдельно от ребенка, или предполагаемого родителя каждого лица, в отношении которого вы отметили “Yes” («Да»), отвечая на вопросы 1, 2 и/или 3. Предполагаемый родитель - родитель, не состоявший в браке с другим родителем ребенка до рождения ребенка, который может быть родителем ребенка, отцовство/материнство которого в отношении ребенка, тем не менее, не определено в рамках судебного расследования и не признано родителем добровольно.

## СТРАНИЦА 6 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 11: СТАТУС В КОНТЕКСТЕ ПОДАЧИ НАЛОГОВОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ/СТАТУС ИЖДИВЕНЦА

Для каждого лица, проживающего в семье, укажите следующую информацию:

**ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ И ФАМИЛИЯ:** Укажите имя, инициал среднего имени и фамилию каждого лица, проживающего в семье.

**НАЛОГОВЫЙ СТАТУС:** Отметьте (✓) соответствующий статус в контексте подачи налоговой документации/декларации для каждого лица, проживающего в семье.

Укажите всех налоговых иждивенцев, которые не проживают с вами, являющихся таковыми по отношению к вам или любому лицу в вашей семье. Если вы не подаете налоговую документацию, пропустите эти вопросы.

**ИМЯ НАЛОГОВОГО ИЖДИВЕНЦА:** Укажите имя, инициал среднего имени и фамилию любого лица, не проживающего с вами, которое является налоговым иждивенцем по отношению к вам или любому лицу, проживающему с вами.

**ИМЯ ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО НАЛОГОВУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ:** Для каждого указанного налогового иждивенца укажите имя, инициал среднего имени и фамилию лица, проживающего в семье и заявляющего об отношении к нему этого налогового иждивенца.

### РАЗДЕЛ 12: ДАННЫЕ ОТСУТСТВУЮЩЕГО/УМЕРШЕГО СУПРУГА (СУПРУГИ)

**ИМЯ ЛИЦА, ПРЕТЕНДУЮЩЕГО НА УЧАСТИЕ В СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ:** Укажите имя любого лица, претендующего на участие в социальных программах, которое является/являлось женатым/замужем и не проживает с супругой/супругом, либо супруг(а) которого умер(ла).

**ИМЯ СУПРУГА(-И)** Укажите имя супруга(-и) любого (в прошлом) женатого/замужнего лица, претендующего на участие в социальных программах, которое не проживает с супругой/супругом, либо супруг(а) которого умер(ла).

**ДАТА РОЖДЕНИЯ СУПРУГА(-И) И ДАТА СМЕРТИ СУПРУГ(-И), ЕСЛИ ПРИМЕНИМО:** Укажите месяц, число и год рождения и смерти (если применимо) имя супруга(-и) любого (в прошлом) женатого/замужнего лица, претендующего на участие в социальных программах, которое не проживает с супругой/супругом, либо супруг(а) которого умер(ла).

**НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN) СУПРУГА(-И):** Укажите номер по системе социального обеспечения супруга(-и) любого (в прошлом) женатого/замужнего лица, претендующего на участие в социальных программах, которое не проживает с супругой/супругом, либо супруг(а) которого умер(ла).

**АДРЕС СУПРУГ(-И), ЕСЛИ ПРИМЕНИМО:** Укажите адрес, город, округ, штат и почтовый индекс супруга(-и) любого женатого/замужнего лица, претендующего на участие в социальных программах, которое не проживает с супругой/супругом. Если неизвестно, укажите последний известный адрес супруга(-и).

### **РАЗДЕЛ 13: ДАННЫЕ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РЕБЕНКА**

**ИМЯ ЛИЦА, ПРЕТЕНДУЮЩЕГО НА УЧАСТИЕ В СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ:** Укажите имя любого лица, претендующего на участие в социальных программах, у которого есть ребенок младше 21 года, не проживающий с этим лицом.

**ДАТА РОЖДЕНИЯ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РЕБЕНКА:** Укажите имя, а также месяц, число и год рождения любого ребенка младше 21 года, который не проживает с лицом, претендующим на участие в социальных программах.

**АДРЕС РЕБЕНКА:** Укажите адрес, город, округ, штат и почтовый индекс любого ныне живущего ребенка младше 21 года, который не проживает с лицом, претендующим на участие в социальных программах.

**УСТАНОВЛЕНО ЛИ ОТЦОВСТВО/МАТЕРИНСТВО?:** Отметьте (✓) "Yes" («Да») или "No" («Нет»), чтобы указать, установлено ли (официально) отцовство/материнство любого ребенка младше 21 года, который не проживает с лицом, претендующим на участие в социальных программах.

**ВЫ ПЛАТИТЕ АЛИМЕНТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА?:** Отметьте (✓) "Yes" («Да») или "No" («Нет»), чтобы указать, выплачивает ли любое лицо, претендующее на участие в социальных программах, алименты на содержание ребенка младше 21 года, который не проживает с этим лицом.

### **РАЗДЕЛ 14: ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ-ПОДРОСТКЕ**

Заполните этот раздел только в том случае, если вы подаете заявление на Государственное пособие (Public Assistance).

**ПРОЖИВАЕТ ЛИ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ РОДИТЕЛЬ МЛАДШЕ 18 ЛЕТ («РОДИТЕЛЬ-ПОДРОСТОК»)?:**

Отметьте (✓)

"Yes" («Да») или "No" («Нет»), чтобы указать, является ли любое лицо, претендующее на участие в социальных программах, родителем младше 18 лет.

**ИМЯ:** Укажите имя любого лица, претендующего на участие в социальных программах, которое является родителем младше 18 лет.

**ПРОЖИВАЕТ ЛИ РЕБЕНОК РОДИТЕЛЯ-ПОДРОСТКА В СЕМЬЕ?:** Отметьте (✓) "Yes" («Да») или "No" («Нет»), чтобы указать, проживает ли ребенок любого лица младше 18 лет, которое претендует на участие в социальных программах, вместе с вами.

**ИМЯ РЕБЕНКА РОДИТЕЛЯ-ПОДРОСТКА:** Укажите имя ребенка любого лица младше 18 лет, которое претендует на участие в социальных программах.

## **СТРАНИЦЫ 7 И 8 ЗАЯВЛЕНИЯ**

### **РАЗДЕЛ 15: ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ**

**УКАЖИТЕ, ПОЛУЧАЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, ДЕНЬГИ, И УКАЖИТЕ, КТО ПОЛУЧАЕТ ДЕНЬГИ:** Отметьте (✓) "YES" («Да») или "NO" («Нет») в строках с 1 по 27, чтобы указать, получаете ли вы или любое лицо, проживающее вместе с вами, деньги, являющиеся любым из указанных типов дохода, и для каждого ответа "YES" («Да») укажите имя лица, которое получает деньги.

**СУММА/СТОИМОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ:** Для каждого ответа “YES” («Да») укажите сумму в долларах (\$) или стоимость дохода, а также укажите, как часто лицо, получающее доход, получает этот доход. К примеру, если вы получаете 100 в виде страховки по безработице каждую неделю, укажите “\$100 per week” («100 долларов в неделю») или «100 долл./неделя» (“\$100/wk.”).

**ВЫПЛАТЫ В РАМКАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ДОХОДА (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI) (ИТОГО НА УРОВНЕ ШТАТА И НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ):** Если вы или любое лицо, проживающее с вами, получает льготы по Программе дополнительного социального дохода в штате Нью-Йорк (New York State Supplement Program, SSP), а также по Программе предоставления дополнительного дохода по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI), сложите эти суммы и укажите их в столбце AMOUNT/VALUE & FREQUENCY (СУММА/СТОИМОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ) для льгот SSI (SSI Benefits) в строке 2. Если вы или любое лицо, проживающее с вами, получает только льготы по программе SSP, укажите соответствующую сумму в столбце AMOUNT/VALUE & FREQUENCY (СУММА/СТОИМОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ) для льгот SSI (SSI Benefits) в строке 2.

**ВЫПЛАТЫ НА ДЕТЕЙ НА ПАТРОНАТНОМ ВОСПИТАНИИ (ПОЛУЧЕННЫЕ):** Если вы или любое лицо, проживающее с вами, получает выплаты на детей на патронатном воспитании, укажите соответствующую сумму в столбце AMOUNT/VALUE & FREQUENCY (СУММА/СТОИМОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ) для выплат Foster Care Payments (Выплаты на детей на патронатном воспитании) в строке 17. Если вы, или любое лицо, проживающее с вами, получает выплаты по уходу за детьми или совершеннолетним лицом на патронатном воспитании, и вы претендуете на участие в Программе дополнительного питания (SNAP), у вас есть два выбора: Вы можете указать ребенка или совершеннолетнее лицо на патронатном воспитании и выплаты за уход за лицами на патронатном воспитании в данных семьи в контексте программы SNAP, или же вы можете не указывать ребенка или совершеннолетнее лицо на патронатном воспитании и выплаты за уход за лицами на патронатном воспитании в данных семьи в контексте программы SNAP. Узнайте в службе SSD, в каком случае вы получите большую помощь по программе SNAP.

**ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА/АЛИМЕНТЫ (ПОЛУЧЕННЫЕ):** Если вы или любое лицо, которое проживает с вами, получает выплаты на содержание ребенка, укажите имя лица, которое предоставляет такие выплаты на содержание ребенка после формулировки “Received From” («Получено от») в строке 18.

**ПРОЧИЙ ДОХОД:** Укажите любой дополнительный доход, который получаете вы или любое лицо, проживающее с вами, также укажите, кто именно получает этот доход, какой доход получает это лицо и с какой периодичностью.

**ВЫЧЕТЫ, КТО и СУММА/СТОИМОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ:** Отметьте (✓) “YES” («Да») или “NO” («Нет») в строках с 1 по 15, чтобы указать, претендуете ли вы или любое лицо, проживающее вместе с вами, на любые вычеты по федеральным налогам, указанные в налоговой декларации за текущий год. Для каждого ответа “YES” («Да») укажите имена лиц, которые претендуют на налоговые вычеты, сумму или стоимость, а также периодичность вычетов по расходам, которые будут запрошены в налоговой декларации.

**ПРОЧИЕ КОРРЕКТИРОВКИ:** Укажите любые вычеты по федеральным налогам, на которые вы или любое лицо, проживающее с вами, претендует в связи с подачей налоговой декларации за текущий год; укажите имена лиц, которые претендуют на налоговые вычеты, а также сумму или стоимость, а также периодичность вычетов по расходам, которые будут запрошены в налоговой декларации.

## **РАЗДЕЛ 16: ДАННЫЕ ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЯ/ СПОНСОРА НЕГРАЖДАНИНА С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ**

**ИМЕЕТ ЛИ ПРИЕМНЫЙ РОДИТЕЛЬ ЛЮБЫХ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЙ ПРОЖИВАЕТ С ВАМИ, ЛЮБЫЕ РЕСУРСЫ ИЛИ ПОЛУЧАЕТ ЛЮБОЙ ДОХОД? и КТО:** Отметьте (✓) “YES” («Да») или “NO” («Нет»), чтобы обозначить, есть ли у любого лица, претендующего на участие в социальных программах, в том числе у вас, приемный родитель, который проживает вместе с вами и имеет финансовые ресурсы или получает деньги из других источников. (Если приемный родитель проживает вместе с вами, ресурсы/доход приемного родителя необходимо указать в Разделе 15, Income Information («Информация о доходе»)). Если «YES» («Да»), укажите имя приемного родителя.

**ПРОЖИВАЕТ ЛИ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ НЕГРАЖДАНИНОМ С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ, ЧЕЙ ПРИЕЗД И ПРЕБЫВАНИЕ НА ТЕРРИТОРИЮ США СПОНСИРОВАНЫ, и КТО?:** Отметьте (✓) “YES” («Да») или “NO” («Нет»), чтобы указать, являетесь ли вы ли другое лицо в вашей семье гражданином с допустимым иммигрантским статусом, чей приезд на и пребывание территории США спонсированы кем бы то ни было. Если “YES” («Да»), укажите имя лица, чей приезд и пребывание на территории страны спонсированы.

**ИМЯ СПОНСОРА, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА:** Если «YES» («Да»), укажите имя лица, который является спонсором приезда и пребывания на территории США для вас или любого лица в вашей семье, а также адрес и номер телефона спонсора.

## СТРАНИЦЫ 9 И 10 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 17: ДАННЫЕ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Заполните данный раздел и укажите ваши данные, а также данные всех, кто проживает вместе с вами. Если вы трудоустроены, вы, все равно, можете иметь право на помощь. В контексте данного раздела «трудоспособным возрастом» является возраст 18 лет и старше, или же 16 лет и старше для лиц, не посещающих школу.

**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ Я:** Отметьте (✓) “employed” («работает по найму»), “self-employed” («самозанятое лицо») или “unemployed” («не работаю»), чтобы определить, трудоустроены ли вы, и, если да, работаете ли вы на себя или по найму.

**ВАЛОВЫЙ ДОХОД:** Укажите сумму, которую вы зарабатываете, до вычета налогов за неделю, за две недели или за месяц (не в год), если применимо. Укажите любую заработную плату, сверхурочные, комиссионные или чаевые.

**КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В МЕСЯЦ:** Укажите количество часов, которые вы отработываете каждый месяц.

**РЕЖИМ ОПЛАТЫ ТРУДА:** Отметьте (✓) “Weekly” («Еженедельно»), “Bi-weekly” («Раз в две недели») или “Monthly” («Ежемесячно»), чтобы указать, как часто вы получаете заработную плату, если применимо.

**ДЕНЬ (НЕДЕЛИ) ПОЛУЧЕНИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ:** Укажите, в какой день недели вы получаете заработную плату, если применимо.

**ИМЯ/НАЗВАНИЕ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ:** Укажите имя/название, адрес и номер телефона работодателя, если применимо. Укажите “self” («на себя») и адрес и номер телефона вашего предприятия, если вы — самозанятое лицо.

**ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЛЮБОЕ ДРУГОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РАБОТАЮЩИМ ПО НАЙМУ ИЛИ САМОЗАНЯТЫМ ЛИЦОМ, и КТО:** Отметьте (✓) “employed” («работает по найму») или “self-employed” («самозанятое лицо»), если другие проживающие с вами лица трудоустроены; также укажите имя этого лица.

Заполните разделы «**ВАЛОВЫЙ ДОХОД**», «**КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В МЕСЯЦ**», «**РЕЖИМ ОПЛАТЫ ТРУДА**», «**ДЕНЬ (НЕДЕЛИ) ПОЛУЧЕНИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ**»,

«**ИМЯ/НАЗВАНИЕ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ**» для всех лиц, которые проживают с вами и являются трудоустроенными, пользуясь приведенными выше инструкциями.

**ДОСТУПНО ЛИ ВАМ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ВАШЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ?:** Если вы трудоустроены, отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, пользуетесь ли вы медицинским страхованием через вашего работодателя.

**ДОСТУПНО ЛИ ЛЮБОМУ ЛИЦУ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ ВМЕСТЕ С ВАМИ, МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЧЕРЕЗ РАБОТОДАТЕЛЯ? и КОМУ:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, доступно ли кому бы то ни было, кто проживает вместе с вами, медицинская страховка через работодателя, и если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица.

**НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ:** Укажите название вашей страховой компании и/или страховой компании любого лица, которое проживает вместе с вами, если применимо.

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, РАСХОДЫ НА РЕБЕНКА ИЛИ ИЖДИВЕНЦА, СВЯЗАННЫЕ С ТРУДОУСТРОЙСТВОМ? и КТО:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, расходы по уходу за ребенком или иждивенцем (к примеру, по уходу за престарелым родителем), связанные с трудоустройством, и укажите имя лица, несущего такие расходы.

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, ИНЫЕ СВЯЗАННЫЕ С ТРУДОУСТРОЙСТВОМ РАСХОДЫ? и КТО:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, иные связанные с трудоустройством расходы (на транспортировку, униформу); если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица.

**ДЛЯ НЕТРУДОУСТРОЕННЫХ ЛИЦ: КОГДА В ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, БЫЛИ ТРУДОУСТРОЕНЫ?, КТО, КОГДА и ГДЕ:** Если вы или же любое лицо трудоспособного возраста, которое проживает с вами, не трудоустроены(-о), укажите имя этого лица, даты, в которые вы или эти лица были трудоустроены в последний раз, а также последнего работодателя этих лиц.

**КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ (ИЛИ ЭТИ ЛИЦА) ОСТАЛИСЬ БЕЗ РАБОТЫ?:** Укажите причины, по которым вы или любое лицо, проживающее с вами, остались без работы.

**ПОДАВАЛИ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ?, КТО, КОГДА и СТАТУС ЗАЯВЛЕНИЯ:** Если вы или любое другое лицо, проживающее с вами, не работают, отметьте (□) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать,

подавало ли это лицо заявление на пособие по безработице. Если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица, дату подачи заявления на пособие по безработице, а также статус рассмотрения этого заявления.

**УЧАСТВУЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, В ЗАБАСТОВКЕ? и КТО:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, участвуете ли вы или любое лицо, проживающее с вами, в забастовке (к примеру, прекратили работу в знак протеста против решений или методов работодателя); если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица.

**КОГДА НАЧАЛАСЬ ЗАБАСТОВКА:** Если вы или любое лицо, проживающее с вами, участвует в забастовке, укажите даты, с которой это лицо участвует в забастовке.

**ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, МИГРАНТОМ ИЛИ СЕЗОННЫМ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫМ РАБОТНИКОМ? и КТО:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, посещает различные фермы и сельскохозяйственные предприятия для работы или же работает на ферме только в сезон активного роста культур; если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица.

**ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, МЕДИЦИНСКИЕ СОСТОЯНИЯ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ ОГРАНИЧИВАЮТ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ЭТОГО ЛИЦА ИЛИ ЖЕ НЕ ДАЮТ ЕМУ ЗАНИМАТЬСЯ ОПРЕДЕЛЕННЫМИ ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ? и КТО:**

Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, имеете ли вы либо любое другое лицо, проживающее с вами, медицинские состояния или заболевания, которые не дают вам/этому лицу работать с полной занятостью или заниматься определенными видами деятельности; если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица.

**ОПИШИТЕ ОГРАНИЧЕНИЯ:** Если вы либо любое другое лицо, проживающее с вами, имеете(-ет) медицинские состояния или заболевания, которые не дают вам/этому лицу работать с полной занятостью или заниматься определенными видами деятельности, определите, с какими ограничениями вы сталкиваетесь.

**МОЖЕТЕ ЛИ ВЫ ВЫЙТИ НА РАБОТУ СЕГОДНЯ? и ЕСЛИ НЕТ, ПОЧЕМУ?:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, можете ли вы выйти на работу уже сегодня, если представится такая возможность, и если “No” («Нет»), объясните, почему.

**КАКУЮ РАБОТУ ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ВЫПОЛНЯТЬ?:** Какую работу вы предпочитаете выполнять?

## СТРАНИЦА 11 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 18: ОБРАЗОВАНИЕ/ПОДГОТОВКА

**УКАЖИТЕ САМЫЙ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ВАШЕГО ОКОНЧЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ?:** Отметьте флажком (✓) описание, наиболее точно характеризующее уровень вашего законченного образования.

**УКАЖИТЕ ПОСЛЕДНИЙ ЗАКОНЧЕННЫЙ КЛАСС?:** Если вы не закончили среднюю школу, укажите последний класс, который вы закончили.

**ИМЕЕТ ЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ВАШЕЙ СЕМЬИ ДИПЛОМ ОБ ОКОНЧАНИИ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ, ДИПЛОМ, ЭКВИВАЛЕНТНЫЙ**

**ДИПЛОМУ ОБ ОКОНЧАНИИ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ (GED) ИЛИ СЕРТИФИКАТ О СДАЧЕ ЭКЗАМЕНОВ НА ЗНАНИЕ КУРСА СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ (TASC™) ИЛИ ДИПЛОМ ОБ ОБРАЗОВАНИИ БОЛЕЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ?, КТО, УРОВЕНЬ/СТЕПЕНЬ, и ДАТА ОКОНЧАНИЯ:** Отметьте (✓)

“Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, имеет ли любое лицо, проживающее с вами, диплом об окончании средней школы, диплом, эквивалентный диплому об окончании средней школы (GED), сертификат о сдаче экзаменов на знание курса средней школы (TASC™), или же диплом об образовании более высокого уровня. Если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица, полученный диплом и дату его получения.

Ответьте на приведенные ниже вопросы за себя и за любое лицо, которое проживает с вами, претендующее на участие в социальных программах или получающих социальную помощь:

**ПРОХОДИЛ ЛИ КТО-ЛИБО ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ?, КТО, ГДЕ, НАЗВАНИЕ ПРОГРАММ, ДАТЫ ПРОХОЖДЕНИЯ и ДАТЫ ОКОНЧАНИЯ:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, проходили ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, которое претендует на участие в социальных программах или получает социальную помощь, программы квалификационной/профессиональной подготовки, и если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица, места, где это лицо посещало программу подготовки, название или тип программы, а также период, в течение которого это лицо проходило такую программу, а также дату окончания программы.

**ВОЗРАСТ 16 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ, И ПОСЕЩАЕТ(Е) ЛИ ШКОЛУ ИЛИ КОЛЛЕДЖ?, КТО, И ГДЕ:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, достигли ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, которое претендует на участие в социальных программах или получает социальную помощь, возраста 16 лет или старше и посещаете ли вы или это лицо школу или колледж; если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица и название школы/колледжа.

**ВОЗРАСТ МЛАДШЕ 16 ЛЕТ, И ПОСЕЩАЕТ(Е) ЛИ ШКОЛУ?, КТО И ШКОЛА:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, что ваш возраст или возраст любого лица, проживающего с вами, которое претендует на участие в социальных программах или получает социальную помощь, не достиг 16 лет; если “Yes” («Да»), укажите имя этого лица и название школы, которую оно посещает.

## СТРАНИЦА 12 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 19: ИНФОРМАЦИЯ О РЕСУРСАХ

Вам не нужно заполнять этот, если вы претендуете только на получение услуг, отличных от Патронатного воспитания (Foster Care) и Помощи по уходу за детьми (Child Care Assistance).

Если вы претендуете только на участие в Программе дополнительного питания, вам не нужно указывать, оформили ли вы страхование жизни.

**УКАЖИТЕ, ПРЕТЕНДУЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ:** В строках с 1 по 23 отметьте (✓) “YES” («Да») или “NO” («Нет»), чтобы указать, имеете ли вы или любое лицо, проживающее вместе с вами, и претендующее на помощь, любые из указанных финансовых ресурсов.

**КТО:** Для каждого ответа “YES” («Да») укажите имена лиц, имеющих ресурсы.

**ЕСЛИ ДА, СУММА/СТОИМОСТЬ:** Для каждого ответа “YES” («Да») укажите сумму в долларах (\$) или стоимость ресурсов. Обязательно укажите любое совместное имущество (к примеру, ресурсы, принадлежащие двум или нескольким лицам, к примеру, совместные банковские счета). Любое лицо, претендующее на получение Государственной помощи или Medicaid должно указать ресурсы любых юридически ответственных родственников. Эти родственники, по требованию закона, должны обеспечивать финансовую поддержку вам или любому лицу, претендующему на участие в социальных программах, к примеру супруг(а) или, если вы не достигли 21-летнего возраста, любые биологические или приемные родители, проживающие с вами или любым лицом, претендующим на участие в социальных программах.

**ВЛАДЕЕТ(Е), ИЛИ НА ВАШЕ ИМЯ/ИМЯ ЛИЦА ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПРОЧИЕ СРЕДСТВА ПЕРЕДВИЖЕНИЯ, ГОД, МАРКА/МОДЕЛЬ и ДРУГОЕ:** Если ваше имя или имя любого лица, которое проживает вместе с вами и претендует на участие в социальных программах, указано в документах о собственности на автомобиль или прочее транспортное средство, укажите год выпуска, марку и модель каждого автомобиля в строке 6. Укажите такие ресурсы, как автомобили для кемпинга, мотосани и плавучие средства после формулировки “Other” («Другое») в строке 6.

**ИМЕЕТ(Е) РЕСУРСЫ, КРОМЕ УКАЗАННЫХ ВЫШЕ:** Необходимо своевременно известить местную службу SSD о том, что вы получили или ожидаете получить деньги паушальным платежом. Паушальным платежом называется крупный единовременный платеж, к примеру страховой платеж, получение наследства или вознаграждения в результате рассмотрения дела в суде или выигрыша в лотерею. См. LDSS-4148A, «Книга 1: Что нужно знать о ваших правах и обязанностях» (Book 1: What You Should Know About Your Rights and Responsibilities), в которой приведена дополнительная информация о паушальных платежах.

**ИМЕЛО ЛИ МЕСТО СОЗДАНИЕ КЕМ-ЛИБО В ПРОШЛОМ ТРАСТОВОГО ФОНДА ИЛИ ПЕРЕВОД КЕМ-ЛИБО РЕСУРСОВ В ТРАСТОВЫЕ ФОНДЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 60 МЕСЯЦЕВ?:** Если вы или ваш(а) супруг(а) перевел(а) или передал(а) любые ресурсы за последние 36 месяцев (60 месяцев для переводов в трастовый фонд) до первого дня месяца, в котором вы получили услуги учреждения с медсестринским уходом, и вы подали заявление на участие в программе Medicaid, вы можете потерять право на получение услуг учреждения с медсестринским уходом или в услуги рамках альтернативной программы ухода на дому или в общине в рамках программы Medicaid.

Если вы или любое лицо, претендующее на участие в социальных программах (в том числе в случае, если супруг(а) не претендует на участие в социальных программах или не живет в семье), создавали(-о) трастовый фонд или переводили(-о) средства в трастовый фонд за последние пять лет, укажите, когда трастовый фонд был создан, или же когда деньги были в него переведены, в строке

## СТРАНИЦЫ С 13 ПО 15 ЗАЯВЛЕНИЯ

### РАЗДЕЛ 20: МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

#### УКАЖИТЕ, ПРЕТЕНДУЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ И ЕСЛИ ДА, КТО:

Отметьте (✓) “YES” («Да») или “NO” («Нет»), чтобы указать, относятся ли к вам или любому лицу, проживающему вместе с вами и претендующему на получение помощи, любые из приведенных ситуаций, и если “YES” («Да»), укажите имя лица, к которому имеет отношение каждая ситуация. Обязательно укажите все медицинские и госпитальные страховки/страховки от несчастных случаев, которые есть у вас и доступны всем претендующим на участие в социальных программах лицам.

#### ИМЕЕТ(Е) ОПЛАЧЕННЫЕ ИЛИ НЕОПЛАЧЕННЫЕ СЧЕТА ЗА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ВЫСТАВЛЕННЫЕ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПЕРЕД МЕСЯЦЕМ ПОДАЧИ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ:

Medicaid, возможно, сможет оплатить ваши счета за медицинские услуги, которые вы получили в течение трехмесячного периода до подачи заявления на социальную помощь. Если вы уже оплатили счет, возможно, мы сможем компенсировать вам расходы в связи с оплатой счета, если мы установим, что вы имели право на пользование страховым покрытием Medicaid в это время. Возможно, мы сможем компенсировать вам затраты даже в том случае, если врач или другой поставщик медицинских услуг не принимает Medicaid; при этом, мы сможем выплатить вам сумму, эквивалентную сумме, которую вам бы выплатил Medicaid, если счет был бы выставлен за покрываемые услуги.

**БЕРЕМЕННОСТЬ:** Если любое лицо, которое проживает с вами и претендует на участие в социальных программах, является беременной, укажите предполагаемую дату родов, а также ожидаемое количество плодов в строке 14.

**ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:** Заполните этот раздел для каждого лица, претендующего на участие в программе Medicaid. Как правило, лица, участвующие в программе Medicaid, должны зарегистрироваться в плане управляемого медицинского обслуживания, кроме случаев, когда на таких лиц распространяются исключительные условия. В этом разделе вы сможете выбрать план медицинского обслуживания. Если у вас нет информации о доступных планах медицинского обслуживания, проконсультируйтесь с курирующим вас работником компетентной организации или позвоните на «горячую» телефонную линию службы содействия клиентам в выборе планов управляемого медицинского обслуживания Managed Care Medicaid Choice Help Line по телефону 1-800-505-5678.

**НАЗВАНИЕ ПЛАНА, В КОТОРОМ ВЫ РЕГИСТРИРУЕТЕСЬ:** Укажите название плана(-ов) медицинского обслуживания, в котором любые лица, желающие стать участниками программы Medicaid, хотят зарегистрироваться. Если у вас нет информации о доступных планах медицинского обслуживания, обратитесь в службу SSD.

**ФАМИЛИЯ И ИМЯ:** Укажите фамилию и имя каждого лица, претендующего на участие в Medicaid.

**ДАТА РОЖДЕНИЯ:** Укажите две цифры месяца рождения, две цифры числа рождения и две цифры года рождения каждого лица, желающего стать участником программы Medicaid.

**ПОЛ:** Укажите “M” (мужской пол) или “F” (женский пол) для каждого лица, указывая пол каждого лица, желающего стать участником программы Medicaid.

**ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (НОМЕР КАРТЫ MEDICAID, ЕСЛИ У ВАС ТАКОВАЯ ЕСТЬ):** Если у любого лица, желающего стать участником программы Medicaid, есть карта Medicaid, укажите идентификационный номер карты Medicaid здесь.

**НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:** Укажите номер по системе социального обеспечения каждого лица, желающего стать участником программы Medicaid. Предоставление такой информации не является обязательным для беременных лиц.

#### ОСНОВНОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИЛИ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР (ОТМЕТЬТЕ ФЛАЖКОМ СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПОЛЕ, ЕСЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ):

Укажите имя основного поставщика медицинских услуг (врача общей практики или семейного врача) или же медицинского учреждения/центра для любого лица, желающего стать участником программы Medicaid. Если это лицо уже пользовалось услугами такого поставщика услуг или учреждения/центра, установите флажок в поле (✓). Перед получением медицинского обслуживания убедитесь в том, что указанный поставщик услуг или медицинское учреждение/центр участвуют в программе Medicaid.

**ИМЯ И ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР АКУШЕРА/ГИНЕКОЛОГА (ОТМЕТЬТЕ ФЛАЖКОМ СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПОЛЕ, ЕСЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ):** Если любому лицу, которое претендует на участие в программе Medicaid, необходимы уход и услуги акушера/гинеколога (OB/GYN), укажите имя акушера/гинеколога, услугами которого заявитель желает воспользоваться. Если заявитель пользуется услугами данного акушера/гинеколога в настоящее время, отметьте флажком поле (✓). Перед получением

медицинского обслуживания убедитесь в том, что указанный поставщик услуг или медицинское учреждение/центр участвуют в программе Medicaid.

Перед получением медицинского обслуживания убедитесь в том, что указанный врач или поставщик медицинских услуг участвует в программе Medicaid.

## **РАЗДЕЛ 21: ИНФОРМАЦИЯ О ПРИЮТЕ**

Вам не нужно заполнять этот, если вы претендуете только на получение услуг, отличных от Патронатного воспитания (Foster Care) и Помощи по уходу за детьми (Child Care Assistance).

**ИМЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА ЛИЦА, СДАЮЩЕГО ВАМ ЖИЛЬЕ?:** Если вы снимаете жилье, укажите имя, адрес и номер телефона лица, сдающего вам жилье.

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, РАСХОДЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫПЛАТОЙ ИПОТЕКИ, АРЕНДНОЙ ПЛАТЫ ИЛИ ЖЕ ДРУГИЕ РАСХОДЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПРЕБЫВАНИЕМ В ПРИЮТЕ?:** Отметьте (✓) "Yes" («Да») или "No" («Нет»), чтобы указать, несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, расходы по аренде, ипотеке, или иные расходы, связанные с проживанием в приюте (к примеру, за пансион); если "Yes" («Да»), укажите сумму расходов, оплачиваемых вами/этим лицом в месяц. Если вы выплачиваете ипотеку, укажите сумму налога на недвижимость и страховки домовладельца (в том числе сумму противопожарного страхования).

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, РАСХОДЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЛАТОЙ ОТОПЛЕНИЯ, ОТДЕЛЬНО ОТ АРЕНДНОЙ ПЛАТЫ ИЛИ ЖЕ ДРУГИХ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРЕБЫВАНИЕМ В ПРИЮТЕ?:** Отметьте (✓) "Yes" («Да») или "No" («Нет»), чтобы указать, несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, расходы по оплате отопления отдельно от аренды, ипотеки или иных расходов, связанных с проживанием в приюте (к примеру, за пансион); если "Yes" («Да»), укажите сумму расходов, оплачиваемых вами/этим лицом в месяц.

**НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, СЛЕДУЮЩИЕ РАСХОДЫ ОТДЕЛЬНО ОТ АРЕНДНОЙ ПЛАТЫ ИЛИ ЖЕ ДРУГИХ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРЕБЫВАНИЕМ В ПРИЮТЕ?:** В строках 1 - 8 отметьте (✓) "Yes" («Да») или "No" («Нет»), чтобы указать, несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, любые из указанных расходов, отдельно от аренды, ипотеки или иных расходов, связанных с проживанием в приюте (к примеру, за пансион); если "Yes" («Да»), укажите сумму расходов, оплачиваемых вами/этим лицом в месяц. Отвечая на вопросы в строках 9 - 11, отметьте (✓) "YES" («Да») или "NO" («Нет»), чтобы указать, проживаете ли вы или любое лицо, претендующее на участие в социальных программах, в любых из указанных условий.

## **РАЗДЕЛ 22: ПРОЧИЕ РАСХОДЫ**

**УКАЖИТЕ, НЕСЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ДРУГИЕ ЛИЦА, ПРЕТЕНДУЮЩИЕ НА УЧАСТИЕ В СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ, ДРУГИЕ РАСХОДЫ И ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ:**

В строках 1 - 6 отметьте (✓) "YES" («Да») или "NO" («Нет»), чтобы указать, несете ли вы или любое лицо, проживающее вместе с вами и претендующее на участие в социальных программах, любые из указанных расходов или же несет неуказанные расходы. В строке 6 укажите любые из неуказанных расходов. По каждому ответу "YES" («Да») укажите сумму или объем расходов, а также периодичность выплат (к примеру, \$100 per week («100 долларов в неделю») или \$100/wk («100 долл./неделя»)).

**УКАЖИТЕ, ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ДРУГОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ И ПРЕТЕНДУЮЩЕЕ НА УЧАСТИЕ В СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ, ЗАДОЛЖЕННОСТЬ ПО ВЫПЛАТЕ АЛИМЕНТОВ НА РЕБЕНКА МЛАДШЕ 21 ГОДА НЕ МЕНЕЕ, ЧЕМ ЗА ЧЕТЫРЕ МЕСЯЦА:** Отметьте (✓) "YES" («Да») или "NO" («Нет»), чтобы указать, имеете ли вы или любое лицо, проживающее вместе с вами и претендующее на участие в социальных программах, задолженность по выплате алиментов на ребенка не менее чем за четыре месяца.

## **СТРАНИЦА 16 ЗАЯВЛЕНИЯ**

## **РАЗДЕЛ 23: ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ПЛАНИРУЕТЕ ЛИ ВЫ ПРИОБРЕТАТЬ ИЛИ ПРИОБРЕТАЕТЕ ЛИ ВЫ ПИТАНИЕ В СЛУЖБЕ ДОСТАВКИ ПИТАНИЯ НА ДОМ ИЛИ В ОБЩИННОМ ПУНКТЕ ПИТАНИЯ?:** Отметьте (✓) "YES" («Да») или "NO" («Нет»), чтобы обозначить, приобретаете ли вы или любое лицо, претендующее на участие в социальных программах, либо планируете ли вы или такие лица приобретать питание в службе доставки питания на дом (к примеру, Meals on Wheels) или в общинном пункте питания (к примеру, в столовой в здании, в котором вы проживаете).

**ВЫ МОЖЕТЕ САМОСТОЯТЕЛЬНО ГОТОВИТЬ ПИЩУ ДОМА?:** Отметьте (✓) "Yes" («Да») или "No" («Нет»), чтобы указать, имеете ли вы дома специально оборудованное места, в котором вы можете готовить пищу.

В контексте вопросов в строках 10 - 12 формулировка «Вооруженные силы США» обозначает:

- Армию США
- Флот США
- Береговую охрану США
- Морскую пехоту США
- Военно-воздушные силы США
- Коммерческий флот США во время Второй мировой войны

**СЛУЖИЛИ ЛИ ВЫ ИЛИ ЖЕ ЛЮБОЕ ДРУГОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ ВМЕСТЕ С ВАМИ, В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ США? и ЕСЛИ ДА, КТО:**

Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, проходили ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, в родах войск, указанных выше, и, если “YES” («Да»), укажите имя этого лица.

**ПРОХОДИЛ(А) ЛИ ВАШ(А) СУПРУГ(А) СЛУЖБУ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ США? Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, проходил(а) ли ваш(а) супруг(а) службу в родах войск, указанных выше.**

**ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ВАШЕЙ СЕМЬИ ИЖДИВЕНЦЕМ ЛИЦА, ПРОХОДЯЩЕГО ИЛИ ПРОХОДИВШЕГО СЛУЖБУ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ США и КТО?:** Отметьте (✓) “Yes” («Да») или “No” («Нет»), чтобы указать, являетесь ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, финансово зависимым от лица, проходящего или когда-либо проходившего службу в родах войск, указанных выше, и, если “YES” («Да»), укажите имя иждивенца.

**ПОЛУЧАЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, ПОМОЩЬ ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ СЕЙЧАС?; ЕСЛИ ДА, КТО и КАКУЮ ПОМОЩЬ:** Отметьте (✓) “YES” («Да») или “NO” («Нет»), чтобы указать, участвуете ли вы или любое другое лицо, проживающее вместе с вами, в программе Государственного пособия (Public Assistance), Medicaid, Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP; ранее «Талоны на питание» (“Food Stamp”)), программе Помощи по уходу за детьми (Child Care Assistance) или получаете услуги (Services). Если “YES” («Да»), укажите имя лица, а также тип получаемой помощи.

**ПОЛУЧАЛИ ЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ЛИЦО, ПРОЖИВАЮЩЕЕ С ВАМИ, ПОМОЩЬ ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ В ПРОШЛОМ?; ЕСЛИ ДА, КТО и КАКУЮ ПОМОЩЬ:** Отметьте (✓) “YES” («Да») или “NO” («Нет»), чтобы указать, участвовали ли вы или любое другое лицо, проживающее вместе с вами, в прошлом в программе Государственного пособия (Public Assistance), Medicaid, Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), программе Помощи по уходу за детьми (Child Care Assistance) или в получали услуги (Services). Если “YES” («Да»), укажите имя лица, а также тип получаемой помощи.

**ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ):** Отметьте (✓) “YES” («Да») или “NO” («Нет»), чтобы указать, относятся ли к вам или любому лицу, проживающему вместе с вами, любые ситуации, описанные в последующих девяти вопросах, и если “YES” («Да»), укажите имя лица, к которому имеет отношение каждая ситуация. Если вы не понимаете эти вопросы, обратитесь за разъяснениями в службу SSD. Помните, что законодательство штата Нью-Йорк предусматривает наказание в виде штрафа или тюремного заключения либо оба таких наказания одновременно в отношении лица, которое будет признано виновным в неправомерном получении Государственного пособия (Public Assistance) или же в неправомерном участии в программах Medicaid, SNAP, Программе по уходу за детьми (Child Care Assistance) или в получении услуг (Services), которое стало возможным по причине сокрытия фактов или несообщения правдивой информации.

**ФАКТ ПЕРЕДАЧИ СОБСТВЕННОСТИ:** Отметьте поля (✓) “I have” («Я сделал(а)») или “I have not” («Я не сделал(а)»), чтобы указать, предпринимали ли вы или любое другое лицо, претендующее на участие в социальных программах, действия по продаже, передаче прав собственности или отказу от прав собственности в отношении любого объекта собственности для того, чтобы получать Государственное пособие (Public Assistance) или участвовать в Программе дополнительного питания (SNAP). Помните, что законодательство штата Нью-Йорк предусматривает наказание в виде штрафа или тюремного заключения либо оба таких наказания одновременно в отношении лица, которое будет признано виновным в неправомерном получении Государственного пособия (Public Assistance) или же в неправомерном участии в программах Medicaid, SNAP, Программе по уходу за детьми (Child Care Assistance) или в получении услуг (Services), которое стало возможным по причине сокрытия фактов или несообщения правдивой информации.

## СТРАНИЦЫ С 18 ПО 24 ЗАЯВЛЕНИЯ

### УВЕДОМЛЕНИЯ, НАЗНАЧЕНИЯ, РАЗРЕШЕНИЯ И СОГЛАСОВАНИЯ

Внимательно прочтите **ВСЮ** информацию настоящего раздела или попросите, чтобы вам ее прочитали. В разделе приведена важная информация в отношении ваших прав и обязанностей, относящихся к получению помощи, а также информация о наказаниях и санкциях, которые могут к вам применяться (к примеру, штрафы и/или тюремное наказание), если вы не выполните свои обязательства в соответствии с условиями настоящего раздела. Подписав и подав заявление, вы подтверждаете, что поняли и согласны с формулировками, декларациями и условиями настоящего раздела.

**УПОЛНОМОЧЕННОЕ ЛИЦО В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ:** Если вы желаете, чтобы третье лицо подало заявление на участие в Программе дополнительного питания (SNAP) от вашего имени, и/или вы хотите, чтобы третье лицо, не проживающее с вами, получало помощь по Программе дополнительного питания (SNAP) для вас и/или вы просите это лицо покупать вам продукты питания, укажите имя, адрес и номер телефона этого лица в этом поле. Такое лицо называется вашим официальным представителем. Официальный представитель должен поставить дату и подпись в разделе для подписей в конце заявления. Если ваша семья не проживает в специализированном учреждении, ответственный совершеннолетний член семьи также должен поставить подпись и указать дату в месте для подписи в конце заявления, за исключением случаев, когда ваша семья в письменном виде поручает соответствующие действия официальному представителю.

**ПЕРЕДАЧА МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ:** Отметьте (✓) “Do not disclose HIV/AIDS information” («Не раскрывать информацию в отношении ВИЧ/СПИД»), “Do not disclose mental health information”, («Не раскрывать информацию о психическом здоровье») и/или “Do not disclose drug and alcohol information” («Не раскрывать информацию об употреблении алкоголя и наркотиков»), если вы не хотите, чтобы такая информация, касающаяся вас и/или других членов вашей семьи, претендующих на участие в социальных программах, была раскрыта.

**ПОДПИСЬ:** Внимательно прочтите информацию настоящего раздела или попросите, чтобы вам ее прочитали. Помните, что законодательство штата Нью-Йорк предусматривает наказание в виде штрафа или тюремного заключения либо оба таких наказания одновременно в отношении лица, которое будет признано виновным в неправомерном получении Государственного пособия (Public Assistance) или же в неправомерном участии в программах Medicaid, Программе получения продовольственной помощи, Программе по уходу за детьми (Child Care Assistance) или в получении услуг (Services), которое стало возможным по причине сокрытия фактов или несообщения правдивой информации. **Подписав и подав заявление, вы подтверждаете, что поняли и согласны с формулировками, декларациями и условиями настоящего раздела, а также то, что вся информация, которую вы указали в настоящем заявлении, или которую вы передадите в службу SSD в будущем, является, насколько вам это известно полной, достоверной и правильной.**

**ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ И ДАТА ПОДПИСИ:** Поставьте подпись и укажите дату подписи заявления за исключением случаев, если в рамках заявления вы назначили официального представителя по Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) или же если вы проживаете в специализированном учреждении, поскольку в таком случае официальный представитель имеет право подписать и поставить дату на вашем заявлении. Если вы не проживаете в специализированном учреждении, вы и официальный представитель должны поставить подпись и указать дату в заявлении, за исключением случаев, когда вы ранее в письменном виде поручает соответствующие действия официальному представителю по Программе SNAP. Если вы заполнили это заявление за третье лицо, укажите ваше имя, не имя лица, от имени которого вы подали заявление, а также укажите дату подписи.

**ПОДПИСЬ И ДАТА ПОДПИСИ СУПРУГА(-И) И ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО ПРОТЕКЦИЮ:** Если вы женаты/замужем, и подаете заявление на получение Государственного пособия (Public Assistance), участие в программе Medicaid, Программе по уходу за детьми (Child Care Assistance) или на получение услуг (Services), ваш(а) супруг(а) должен(-жна) поставить подпись и дату на заявлении. Если вы женаты/замужем, и подаете заявление только на участие в Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program), только один(-на) супруг(а) должен(-жна) поставить подпись и дату на заявлении. Если у вас есть представитель, обеспечивающий протекцию, это лицо должно поставить свою подпись и дату на заявлении.

**ПОДПИСЬ ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:** Если у вас есть назначенный и указанный в заявлении представитель по программе SNAP, это лицо должно поставить свою подпись и дату на заявлении.

**Я СОГЛАСЕН НА ОТЗЫВ МОЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ:** Не отмечайте полей, не подписывайте и не ставьте дату в этом разделе, если вы хотите подать это заявление. Отметьте поля в этом разделе, если вы хотите отозвать ваше заявление по одной или нескольким программам. Чтобы отозвать заявление по определенной программе, отметьте флажком (✓) поле соответствующе программы и поставьте подпись и дату в соответствующих полях. Ваше заявление будет отозвано по отмеченным программам.

**ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЯ:** На последних двух страницах данного заявления приведена форма регистрации избирателя. Регистрация или отказ от регистрации в качестве избирателя с использованием этой формы не повлияет на решение по вашему заявлению на участие в социальных программах и/или получение услуг, а также на размер помощи, которую вы получите. Если вам необходима помощь с заполнением формы регистрации избирателя, обратитесь в местное отделение SSD.

**Для информации  
ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ  
ДОКУМЕНТАЦИИ**

Следующий список факторов права участия и требования к документации только для информации. Ваше отделение SSD проинформирует вас о факторах права участия, которые вы обязаны будете подтвердить. Вас могут попросить подтвердить факторы права участия, не указанные ниже. Вы должны иметь возможность предоставить неуказанную ниже документацию, чтобы подтвердить удовлетворение критериям. При наличии любых вопросов по поводу требований к документации, свяжитесь со службой SSD.

<b>Фактор права участия</b>	<b>Чтобы подтвердить этот фактор права, предоставьте:</b>	<b>✓ ↕ ДВА из перечисленных ниже подтверждающих документов</b> (Если вы претендуете на получение <b>только</b> пособий по Программе SNAP или Medicaid, вам необходимо предоставить <b>только</b> один документ по каждому отмеченному фактору права участия.)
<input type="checkbox"/> <b>Удостоверение личности</b> Вы должны подтвердить личность.	Удостоверение личности с фотографией Водительское удостоверение Паспорт гражданина США Свидетельство о натурализации Больничные записи/записи врача Документ об усыновлении	Справка от третьего лица Подтвержденный номер SSN Свидетельство о рождении/крещении
<input type="checkbox"/> <b>Семейное положение</b> Вам необходимо подтвердить свой гражданский статус - женат/за мужем, в разводе, отдельно проживание, вдовей/вдова.	Свидетельство о браке/смерти Соглашение о раздельном проживании Решение о расторжении брака Документация службы социального обеспечения или службы по делам ветеранов	Справка из церкви Документы в рамках переписи населения Уведомление в газете Справка от третьего лица
<input type="checkbox"/> <b>Места проживания</b> Вы должны подтвердить место жительства.	Справка от арендодателя Квитанция об оплате текущей арендной платы или договор аренды Записи о погашении ипотеки	Справка от третьего лица Текущая корреспонденция Школьные документы
<input type="checkbox"/> <b>Состав/размер семьи</b> Вы должны подтвердить проживание вместе с вами соответствующих лиц.	Справка от арендодателя, не являющегося родственником Школьные документы	Справки от третьих лиц
<input type="checkbox"/> <b>Возраст</b> Вы должны подтвердить возраст каждого лица, подающего заявку на получение помощи, в случае необходимости.	Свидетельство о рождении Свидетельство о крещении Больничные записи Документы об усыновлении Свидетельство о натурализации Водительское удостоверение	Страховой полис Документы переписи населения Школьные документы Справка от третьего лица Справка от врача Официальная корреспонденция SSA
<input type="checkbox"/> <b>Родитель, проживающий отдельно</b> Если родитель любого ребенка в вашей семье не проживает с вами, вам необходимо это подтвердить	Свидетельство о смерти Пособия в связи с потерей кормильца Больничные записи Записи службы по делам ветеранов (VA) или военные документы Документы, подтверждающие заключение повторного брака	Уведомление в газете Документы страховой компании Документы специализированного учреждения Документация компетентного учреждения по делу и документация об оплате за организацию похорон Справка от третьего лица
<input type="checkbox"/> <b>Данные родителя, проживающего отдельно</b> Вам необходимо предоставить любую имеющуюся информацию: фамилия/имя, адрес, номер по системе социального обеспечения, дата рождения, место работы	Корешки чеков об оплате Налоговые декларации Документация службы социального обеспечения или службы по делам ветеранов Письма с расчетом доступных пособий Идентификационные карты (медицинская страховка) Водительское удостоверение или регистрация	

<b>Фактор права участия</b>	<b>Чтобы подтвердить право на участие в программе, предоставьте любой из перечисленных ниже документов:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Номер по системе социального обеспечения (SSN)</b> (Только для Государственного пособия, SNAP и Medicaid ---- как правило, от вас не требуется предоставление документов, подтверждающих ваш номер SSN, кроме случаев, когда обозначенный вами номер SSN не соответствует номеру, указанному в документации Администрации SSA, или же его проверка невозможна.)	Карта социального обеспечения Официальная корреспонденция, полученная из Администрации SSA Номер SSN не требуется для неграждан, которым необходима страховка Medicaid в экстренных случаях или для заявителей на Medicaid, которые беременны.
<input type="checkbox"/> Статус гражданина или текущий статус негражданина - граждане США имеют право на участие в программах PA, SNAP и Medicaid. Неграждане, претендующие на участие в программах PA, SNAP или Medicaid, должны иметь допустимый иммигрантский статус. Легальный статус иммигранта не является определяющим фактором для беременных женщин или детей-иммигрантов, претендующих на участие в программе Child Health Plus B. Иммигранты без документов и временно пребывающие на территории США неиммигранты, имеют право только на помощь в рамках лечения/нейтрализации экстренных медицинских состояний.	Свидетельство о рождении, свидетельство о крещении, больничные записи Паспорт гражданина США Военный билет, свидетельство о натурализации, документы USCIS, или документы, подтверждающие непрерывное проживание на территории США с даты, предшествующей 01.01.72 г
<input type="checkbox"/> <b>Трудовой доход</b> От работодателя  <input type="checkbox"/> От деятельности самозанятого лица  <input type="checkbox"/> Доход от аренды или предоставления жилья/питания	Корешки квитанций заработной платы Расчетные конверты На официальном бланке с указанием ставки почасовой заработной платы, количества рабочих часов в неделю, даты первой заработной платы (в случае нового места работы) и номера телефона работодателя Обращение к работодателю Коммерческая документация Документы об уплате налогов Документация и сопутствующие материалы в отношении выручки и затрат в связи с деятельностью самозанятого лица Текущая налоговая декларация Текущий чек об отчислениях Справка от жильца, квартиранта, квартирьеремщика Документация в отношении подоходного налога
<input type="checkbox"/> <b>Нетрудовые доходы</b> <input type="checkbox"/> Содержание ребенка <input type="checkbox"/> Страховые выплаты по безработице (UIB) <input type="checkbox"/> Выплаты по системе социального обеспечения (в том числе SSI) Ветеранские выплаты	Справка из Суда по семейным делам Заявление лица, оплачивающего содержание Корешки чеков Сертификат по текущим льготам Текущий чек на сумму выплат Официальная корреспонденция от Департамента труда штата Нью-Йорк Сертификат по текущим льготам Текущий чек на сумму выплат Официальная корреспонденция SSA Сертификат по текущим льготам Текущий чек по выплатам Официальная корреспонденция из VA

